

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 32

DE

L'HÉMIPLÉGIE TYPHIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 6 MARS 1900

PAR

Mohamed ABDEL-AZIZ

Né au Caire (Égypte)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

—
1900

A MON PÈRE

Témoignage de profonde
affection et reconnaissance.

A MA MÈRE

A MES SŒURS

M.-A. AZIZ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR GRASSET

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

MÉDECIN EN CHEF DES HOPITAUX

Hommage respectueux.

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A TOUS MES AMIS

M.-A. AZIZ.

PRÉFACE

La fièvre typhoïde peut donner lieu à des complications plus ou moins sérieuses.

Une des plus graves et des plus difficiles à combattre, une de celles dont la nature reste mal connue, est l'hémiplégie.

Est-il besoin de définir l'hémiplégie ? C'est la paralysie des muscles d'une moitié du corps, tantôt portant à la fois sur la mobilité et sur la sensibilité ; tantôt seulement sur l'une des deux. Cette complication peut se montrer dans le cours ou dans le décours de la maladie.

Si nous avons entrepris de traiter ce sujet, malgré l'obscurité dont il est entouré, c'est que nous avons observé un cas d'hémiplégie au cours de la fièvre typhoïde, à l'hôpital suburbain, dans le service de M. Grasset.

En lisant les observations rapportées par les auteurs, on voit que l'hémiplégie est survenue tantôt dans la période d'état de la fièvre typhoïde, tantôt dans la convalescence ; c'est dans le premier cas seulement que nous l'avons observée.

Aussi est-ce celle-là que nous aurons surtout en vue ; mais nous devons parler aussi des autres cas à cause de leur importance.

Voici le plan que nous avons adopté :

Dans un premier chapitre, nous abordons l'historique.

Dans un second nous citons le cas que nous avons observé à l'hôpital, ce cas ayant un grand intérêt, et qui est une forme rare d'hémiplégie dans la fièvre typhoïde.

Dans un troisième chapitre, nous étudions la pathogénie de l'hémiplégie typhique.

Dans un quatrième chapitre, nous citons les diverses observations qui ont rapport à ce sujet.

Enfin, les conclusions.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HÉMIPLÉGIE TYPHIQUE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

On ne trouve pas dans les auteurs anciens d'observations d'hémiplégie à la suite de la fièvre typhoïde.

Cependant Galien et Boerhar ont noté l'existence de certaines paralysies.

Hoffmann dit qu'il peut survenir des paralysies dans les maladies aiguës mal résolues.

Malouin faisant l'histoire des épidémies de l'année 1747, à propos des maladies catarrheuses, dit que les parties contenues dans le bas-ventre ont été attaquées de cette humeur catarrheuse qui a donné naissance à des paralysies.

Tissot parle des affaiblissements musculaires à la suite de la fièvre avec délire ; il dit : toutes les maladies aiguës peuvent produire des paralysies ; d'ailleurs, décrivant la fièvre bilieuse, il dit, en parlant d'un jeune sujet : « s'il veut quitter le lit, la marche est impossible. »

Hildenbrand a observé à la suite du typhus certaines paralysies des membres.

Magnus Huss (1855) a décrit deux formes de paralysie : la forme par coagulation du sang dans le cours de la fièvre ; et la forme essentiellement nerveuse.

A. Vogel (*Klinisch Untersuchungen uber den Typhus*, 1856) ajoute aux formes de Huss une autre variété de trouble de mouvement qui dépendrait, suivant lui, d'une hémorragie dans les muscles des extrémités.

Graves attribue ces paralysies à une altération congestive de la moelle.

Enfin, ce n'est qu'en 1860, Gubler, dans un mémoire lu à la Société de médecine des hôpitaux de Paris et publié dans les *Archives générales de médecine* (1860), parle longuement des paralysies au cours des maladies infectieuses aiguës, et il rapporte quelques cas d'hémiplégie liés à la fièvre typhoïde.

Quant aux troubles de la sensibilité, plusieurs auteurs qui ont noté la paralysie du mouvement les passent sous silence, d'autres auteurs ont parlé des altérations de la sensibilité, sans dire si elles accompagnent la perte des mouvements.

Ainsi Shol, Rayer signalent l'anesthésie générale ou partielle venant dans le cours de la fièvre typhoïde. M. Beau a noté aussi l'analgésie dans les mêmes affections. Duchenne (de Boulogne) parle d'un fait observé par Moutard-Martin, où l'anesthésie consécutive à la dothiénthérie résista à tout traitement.

Ferrier parle des paralysies consécutives à la fièvre typhoïde et il note qu'en général les symptômes paralytiques n'apparaissent qu'après la cessation de la fièvre.

Dans le *Journal Médical de London* 1795, on cite une observation d'hémiplégie du côté droit consécutive à la fièvre typhoïde ; à l'autopsie, on trouva dans l'hémisphère cérébral

gauche un abcès considérable s'étendant jusque dans le ventricule du même côté.

Nothnagel, en 1880, signale des paralysies consécutives à la fièvre typhoïde. La thèse de Schneider contient aussi la mention d'un certain nombre d'hémiplégies typhiques. La thèse d'agrégation de Landouzy contient quelques observations.

On voit donc dans cet historique que les anciens auteurs n'ont pas cité des cas d'hémiplégie ; ce n'est qu'en 1860 que Gubler souleva la question et publia quelques observations d'hémiplégie ; après Gubler, Schneider et Landouzy, puis Leudet en 1861, Goubeyer en 1863 et Paulin en 1877, décrivent quelques observations.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Observation I

(PERSONNELLE)

Le nommé M... (Marius) entre à l'hôpital le 26 juillet 1899.

Le malade nous accuse que, depuis le 16 juillet, il a eu du frisson, des sueurs intenses et de la fièvre; il était obligé de garder le lit à cause de sa faiblesse, de sa courbature et de ses maux de tête.

Le malade, au moment de la visite, est dans un état de stupeur; les pommettes sont rouges, les yeux fixes, abattu, le ventre un peu ballonné; quelques taches rosées lenticulaires s'effaçant par la pression; la langue sèche, rouge sur les bords et à la pointe; constipé, des douleurs aux jambes et mal à la tête. La température à 39°, le pouls à 100. L'examen du thorax pratiqué avec soin est absolument négatif.

Injection de quinine et de caféine.

Le 27 juillet. — Céphalée intense, délire et cris, le malade va abondamment sous lui, température 39°, tension 12 1/2, 4 bains par jours.

Le 28 juillet. — Le malade est très agité, délirant, les membres supérieurs sont en contracture, il en est de même des muscles de la nuque; sur le ventre, peu ballonné, est apparu une poussée de taches nouvelles, les pupilles sont contractiles, pouls 92, tension 12/2, 5 bains de huit minutes à 20 degrés.

Le 29 juillet. — Le délire persiste comme la contracture de la nuque. La céphalalgie est intense, le délire s'accompagne d'agitations extrêmes, de cris, de gémissements, d'hallucinations. L'état spasmodique se généralise; on n'arrive que difficilement à faire mouvoir l'un sur l'autre les segments de membres, les réflexes sont partout exagérés; on constate de la trépidation épileptoïde en dépit d'un tableau propre à faire porter le diagnostic de méningite, les pupilles sont paraïsseuses, elles se contractent lentement à la lumière.

Le 30 juillet. — Les troubles cérébraux et moteurs, l'exagération des réflexes continuent, on constate de plus un affaiblissement des membres gauches; en effet le malade ne peut pas lever le bras gauche; les doigts sont contracturés et cyanosés, la jambe gauche est immobile. Les troubles vasomoteurs constatés au bras gauche s'étendent en réalité aussi au membre inférieur gauche et même à la moitié homonyme du corps.

L'état général est très grave, la fièvre demeure élevée et une nouvelle poussée de taches rosées montre l'activité du processus infectieux. Même traitement.

Le 1^{er} août. — Idem. De plus quelques vomissements et des troubles pupillaires accentués (inégalité, irrégularité et paresse).

Le 2. — L'état typhoïde a remplacé le délire.

3. — Toujours les mêmes troubles paralytiques, le cœur moins énergétique, pouls à 100 pulsations.

5. — L'état paréto-spasmodique gauche reste stationnaire. et l'on constate l'exacte superposition d'hémi-anesthésie absolue; le malade comprend et montre sa langue quand on le lui demande, pouls à 100 et la tension 12 1/2, la diarrhée est abondante, l'état infectieux demeure grave, cinq bains par jour.

6. — La perte du mouvement du membre supérieur gau-

che est complète, l'anesthésie est aussi complète ; idem au membre inférieur gauche. Le malade va abondamment sous lui ; le séro diagnostique est positif.

7. — La température descend un peu ; l'état mental est amélioré. La contracture des membres supérieurs ne s'accompagne pas d'exagération des réflexes.

L'hémianesthésie ayant fait penser à l'hémiplégie et méningite hystérique intra-infectieuse ; on recherche les stigmates, pas de réflexes pharyngiens et la recherche des zones hystériques reste négative, l'état infectieux est moins grave.

8. — La température tombe à 37° 2 le matin, les contractures sont intenses avec anesthésie complète à gauche.

9. — La température est 37° le matin : le pouls a 84 pulsations, la langue humide.

3 bains, tension à 13 1/2.

10. — Des eschares fessières profondes se formèrent, les pupilles inégales, le malade crie souvent et empêche ses voisins de dormir et, quand on lui demande pourquoi il crie, il répond : « Mais je ne crie pas. »

12. — La température fait des oscillations étendues depuis trois jours, les troubles moteurs et sensitifs conservent la même intensité.

Potion tonique, toujours trois bains.

18. — Le malade crie, très agité, la paralysie reste stationnaire.

21. — Grandes oscillations thermiques, l'état psychique est le même, le malade chante, crie, comprend mal, les contractures sont exagérées, il a une hémiplégie et hémianesthésie complètes la face non comprise, les pupilles peu contractiles. Pouls à 108.

24. — La paralysie est devenue absolument flasque au membre supérieur, la trépidation épileptoïde persiste sans exagération des réflexes ; hémianesthésie gauche complète. hyperesthésie générale très marquée.

28. — Le cœur est parfait, la paralysie seule ne régresse pas.

29. — Les membres paralysés ont une température diminuée, la sensibilité revient un peu.

30. — La température est à 40° le soir, 37°4 le matin ; les eschares fessières sont profondes et suppurent. Injection de quinine. Bains.

1^{er} septembre. — Le malade est très faible ; un abcès au bras gauche est ouvert spontanément. Le cœur est moins bien. Injection de sérum, 300 grammes, 1 gr. de bromhydrate de quinine, 5 centigr. de sulfate de spartaine.

4. — La température est à 38°6 le soir, 37°2 le matin ; le cœur peu énergique, la sensibilité revient un peu.

8. — Le malade remue le bras gauche, il peut le lever très lentement jusqu'à sa tête, il le retire lorsqu'on le pique fort.

M. le docteur Bosc consulte le malade, il écarte le diagnostic de névrose ; il penserait à une congestion intense avec hémorragies capillaires corticales disséminées et lésions pigmentaires et de vacuolisations cellulaires. Le pronostic ne lui paraît pas grave.

10. — Le malade peut remuer davantage le bras et la jambe, régression de la paralysie.

21. — Agitation, confusion mentale persistante, la température très élevée le soir ; taches rosées nouvelles.

25. — Le malade est agité, crie. Les pupilles immobiles de deux côtés. L'exagération des réflexes et la trépidation épileptoïde ont disparu, à cause de l'émaciation notable. Le malade est d'aspect vraiment squelettique.

30. — Le malade est calme, aujourd'hui, les eschares vont mieux, la diarrhée est moindre, la langue est bonne, la température est au-dessous de la normale ; il remue le bras gauche et sent bien la pique.

2 octobre. — Toujours la température au-dessous de la

normale, régression de la paralysie ; les pupilles sont un peu paresseuses.

26 octobre. — La paralysie commence à s'améliorer ainsi que l'anesthésie ; la température était normale, pas de diarrhée ni taches rosées, le malade s'alimente, les eschares se cicatrisent. Il pouvait se lever, se promener et s'asseoir sur le fauteuil, mais la marche était difficile, il fléchissait, traînait son pied par terre, il se servait d'une canne ; il resta ainsi quelques jours. C'est dans cet état qu'il sortit de l'hôpital.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

On voit dans notre observation que le malade atteint, d'abord, par la dothiéntérie a eu, au début, une complication grave : c'est la méningite ébertienne. Les symptômes de celle-ci étaient caractéristiques. En même temps, les symptômes paralytiques se manifestèrent et le malade resta, enfin, hémiplégique. Je vais d'abord montrer par quel mécanisme s'est développée la méningite, ensuite, comment l'hémiplégie est arrivée et quelle en est la pathogénie.

Voici comment, dans la plupart des cas, se développe la méningite qui vient compliquer la dothiéntérie.

Le bacille d'Eberth arrive jusqu'aux méninges généralement par la voie sanguine. Le point de départ est l'intestin. L'extrême richesse et la disposition fluxueuse du réseau vasculaire méningée facilitent la dissémination du bacille. Il est vrai que les gaines lymphatiques périvasculaires doivent jouer un certain rôle défensif contre ces migrations bactériennes d'origine sanguine ; mais dans certains cas la résistance de l'organe est insuffisante, le bacille s'installe et la méningite est constituée.

Or le bacille d'Eberth ne reste pas dans le sang : il se localise rapidement dans quelques organes où il est facile à déceler.

Il est curieux de constater une particularité qui a été mise

en évidence par M. Cheveau en 1880, à savoir la propriété qu'a la pie-mère de rester un bon terrain de développement et de multiplication pour certains microbes, de sorte que le bacille d'Eberth, après avoir pénétré dans la voie sanguine, va se localiser et pulluler dans les réseaux capillaires des méninges et la méningite éclate. On voit dans notre observation que le malade a eu au début de sa dothiéntérie une méningite dont les symptômes se manifestèrent violemment.

En effet, le malade avait des céphalalgies intenses, du délire; il était agité, poussait des cris, des gémissements, avait des hallucinations, des contractures, de l'exagération des réflexes, de la trépidation épileptoïde.

Il présentait des troubles vaso-moteurs : pâleur, raie méningitique. Il offrait aussi des troubles oculaires, inégalité pupillaire. Enfin succédèrent au bout de quelques jours des symptômes paralytiques dans la moitié gauche du corps et le malade resta hémiplégique.

Quelle était enfin la lésion qui a pu produire l'hémiplégie? Est-ce une hémorragie? Est-ce une thrombose ou une embolie?

Il est probable qu'un placard méningo-encéphalique a pu produire par compression l'hémiplégie.

J'écarte l'embolie, étant donné que le malade n'avait pas de lésions cardiaques; il en est de même pour l'hémorragie, car dans celle-ci l'hémiplégie arrive brusquement. Chez notre malade, au contraire, elle est arrivée progressivement.

Voici d'ailleurs une division des formes de paralysie que l'on rencontre le plus communément au cours des fièvres spécifiques et même après leur évolution, division faite par le Dr Osler.

Ces formes sont très variées dans leur symptomatologie et variées, aussi, dans la nature de la lésion locale.

SYMPTÔMES

LÉSIONS

Paralysie avant et après la fièvre.	Hémiplégie	{	Thromboses des veines des méninges.
		{	Thromboses et embolies des artères cérébrales
		{	Hémorragie.
		{	Méningo-encéphalite.
	Paraplégie	{	Myélite.
		{	Névrite.
	Diplégie	{	Névrite.
	Monoplégie	{	Polio-myélite.
		{	Névrite.
	Paralysies locales	{	Névrite... } Toxique.
		{	Myosite... } Pression.

Nous pouvons diviser les cas en deux catégories : d'abord ceux dans lesquels il y a lésions centrales, soit qu'elles proviennent du cerveau ou de la moelle épinière, ensuite les cas dans lesquels il y a lésions périphériques affectant les nerfs et les muscles.

Dans la diphtérie, la petite vérole, la fièvre scarlatine, la rougeole, la fièvre typhoïde, le malade peut se trouver atteint d'hémiplégie tout à fait à la fin de la maladie.

En parcourant la littérature médicale, on rencontre un grand nombre de cas d'hémiplégie, particulièrement chez les enfants ; or, on remarque dans une foule d'exemples de la sorte, que la paralysie s'est développée durant le cours de l'une ou l'autre de ces maladies infectieuses.

J'ai eu à noter seize cas d'hémiplégie, dit le Dr Osler, mais la lésion anatomique dans ces cas n'a pas toujours été connue : dans un certain nombre on a trouvé l'hémorragie ; dans d'autres exemples on a trouvé la thrombose des artères cérébrales ou des veines des méninges ; en même temps qu'il peut exister une encéphalite aiguë. Aussi, dans d'autres cas, l'hémiplégie peut prendre naissance par une embolie, dans les lésions cardiaques.

CHAPITRE IV

Observation II

OSLER (W.)

J. Nerv. E. Meut Dis. New-York, 1896, XXI - 295 (304)

Hemiplegia in typhoid fever. — De l'hémiplégie dans la fièvre typhoïde.

Deux cas d'hémiplégie au cours de la fièvre typhoïde ayant un grand intérêt et qui sont une forme rare de paralysie et font voir l'un des plus sérieux accidents de la fièvre typhoïde.

1^{er} CAS. — *Attaque de fièvre typhoïde ; dans la dixième semaine et pendant que la fièvre persiste toujours, convulsions subites ; hémiplégie et ensuite aphasie.*

Annié F..., âgée de sept ans, est admise dans les salles de l'hôpital, le 3 octobre 1895.

Des renseignements pris, il n'y a rien à noter au sujet de l'histoire de la famille. Si l'on ne tient pas compte d'une rougeole qu'elle a eue à l'âge de trois mois, elle a toujours été très bien portante et très forte ; elle a, de plus, toujours été une enfant d'un esprit fort intelligent.

Pendant la première semaine du mois d'avril de la présente année, la malade a éprouvé certains malaises, accompagnés de maux de tête, de débilité et d'épistaxis. Le 6 avril, elle se mit au lit, se plaignant de douleurs qu'elle ressentait dans l'abdomen, ainsi que de fièvre et de diarrhée. Elle a eu une attaque lente et prolongée, la fièvre et la diarrhée se

continuant sans s'arrêter pendant plus de dix semaines. Il lui semblait qu'elle allait mieux jusqu'au dimanche, 3 juin, quand elle fut saisie de violentes convulsions qui furent confinées à la tête, au bras droit et à la jambe droite. Elle devint inconsciente. Cette attaque, qui survient le matin, prit une autre tournure dans l'après-midi. En effet, dans l'après-midi, les mouvements cessèrent dans la tête, mais les mouvements de flexion et d'extension continuèrent dans le bras pendant près de deux jours. Il était facile de reconnaître alors que le côté droit était complètement paralysé et que l'enfant se trouvait dans la plus grande impossibilité de pouvoir remuer le bras ni la jambe. La face aussi était saisie. En plus de l'hémiplégie, il y avait perte totale de la parole, et la malade resta aphasique pendant sept semaines. Une amélioration se fit ensuite sentir, mais cette amélioration ne se fit que très lentement. Les mouvements volontaires furent d'abord remarqués dans la jambe droite, environ six semaines après la convulsion. Elle n'a jamais pu retrouver la force qu'elle avait dans le bras, mais graduellement elle a pu arriver à pouvoir parler. L'enfant a maintenant, comme vous le voyez, l'attitude, la démarche et l'allure caractéristiques de l'hémiplégie dont elle a pu, heureusement, se guérir en partie. Vous remarquez comme elle marche dans la chambre : elle boîte, a la jambe gauche qui traîne à terre et le pied contourné. Vous voyez aussi la manière dont elle porte la partie extérieure de sa chaussure droite. Dans l'état estropié où elle se trouve, elle est encore capable de courir néanmoins très bien et très vite et de marcher assez convenablement. Vous voyez quand je jette cette pièce de monnaie par terre, comment elle s'y prend pour essayer de s'en emparer : son bras droit est étendu de côté et demi-fléchi, mais elle pousse son bras gauche et son côté gauche en avant, et saisit la pièce de monnaie avec la main gauche. Quand elle est au

repos, le bras droit se tient fermé de côté, le poignet est fléchi et les doigts également fléchis. Elle peut, quand elle veut, fléchir et étendre le bras au coude ; elle peut aussi porter le bras ou plutôt la main à la tête ; mais la force d'extension du poignet, la force d'extension des doigts et l'action de pouvoir saisir les objets avec la main sont presque complètement et pour toujours perdus. Quand la malade veut faire quelque exercice, quand, par exemple, elle veut courir après un objet, elle tient le bras paralysé un peu en dehors et de côté, mais elle ne peut faire avec ce bras aucun mouvement. Quant à la condition de la malade relativement à la face, nous devons dire qu'elle s'est de beaucoup améliorée depuis que nous l'avons vue pour la première fois en octobre, mais il y a néanmoins toujours parésie des muscles.

Dans un autre ordre d'idées, également, il y a à constater une grande amélioration dans son état. Nous constatons, en effet, qu'elle peut à présent très correctement appeler les objets qu'elle voit, par leur nom ; elle reconnaît très bien un couteau, une fourchette, une montre, un porte-monnaie, etc. ; elle reconnaît aussi les pièces de monnaie, mais elle reste indécise pour savoir s'il s'agit d'une pièce d'un sou ou deux sous, d'un franc ou de deux francs.

Sa sœur nous a dit qu'au point de vue de la parole, l'amélioration a été très sensible, et il est, en effet, à constater qu'elle dit à présent un bien plus grand nombre de mots qu'elle n'en disait et par conséquent n'en connaissait quand elle vint tout d'abord dans mon service. Elle regarde aussi d'une façon très nette et très intelligente et il est bien évident qu'elle comprend ce qui lui est dit.

Pour nous résumer, donc, sur ce cas, cette enfant est souffrante d'hémiplégie qui survient après une convulsion et une attaque de fièvre typhoïde. Elle est actuellement en bonne voie de pouvoir recouvrer la puissance de la parole ; la

paralysie de la face et celle de la jambe est dans un état bien moins inquiétant qu'elle ne l'était, mais le bras reste complètement dépourvu de forces.

Comme cela arrive assez souvent, quand un cas peu ordinaire survient, un autre cas semblable est certain de se rencontrer. Et il m'est justement possible de vous montrer ici un second exemple d'hémiplégie qui s'est développé au cours d'une fièvre typhoïde, chez un homme qui vient précisément de faire les démarches nécessaires pour son admission à l'hôpital.

2^e CAS. — *Violente attaque de fièvre typhoïde en mars 1895 ; à la fin de la deuxième semaine, sans convulsions, lente hémiplégie, qui persiste.*

W. H. B..., âgé de vingt-cinq ans, ecclésiastique, fut admis à l'hôpital, le 30 novembre, en se plaignant de paralysie du bras et de la jambe gauches.

L'histoire de la famille de l'ecclésiastique est bonne; il n'y a donc rien à noter de ce côté-là. Quand le malade était encore enfant, il n'était pas, paraît-il, d'un tempérament bien robuste ni bien fort; mais quand il eut passé la première jeunesse, il était d'une bonne constitution, de même que depuis qu'il poursuit ses études de théologie.

Le 10 mars 1895, il fut obligé de se coucher; il ressentait de violents maux de tête; il avait de plus la fièvre et la diarrhée. Peu à peu, tous les symptômes d'une attaque très sérieuse de fièvre typhoïde se déclarèrent et se développèrent, accompagnés de délire.

Le 24, la paralysie se développa tout à coup sans convulsions. Près du malade se trouvait le D^r R. K. Kueass. Celui-ci m'informa aussitôt, mais je vis qu'il n'y avait aucune aggravation de délire suivant l'attaque.

Il n'avait aucune difficulté pour parler, aucun dérangement

n'était à signaler dans le fonctionnement du rectum ou de la vessie.

Il eut une convalescence très prolongée.

Le beau temps contribua à l'amélioration qui se manifesta graduellement, de sorte que, le 1^{er} juillet, le malade pouvait se tenir debout et commencer à marcher. La force des muscles de la jambe est revenue beaucoup plus rapidement que celle des muscles du bras. Il n'a jamais pu retrouver aucune force dans les doigts. Le malade, depuis sa maladie, a beaucoup gagné en pesanteur.

Tout ce que je viens de vous dire jusqu'ici, c'est l'histoire du cas qui nous occupe constaté par le D^r Thomas, qui fut le premier à voir le malade et par le D^r R. K. Kueass, qui voulut bien m'écrire très amicalement sur l'origine de cette attaque.

Vous voyez, par conséquent, dans quelle situation le malade se présenta à moi, atteint d'hémiplégie. Sa jambe gauche est très sensiblement trainée à terre, le bras est soutenu fermé et de côté, fléchi au coude et la main fléchie.

La face est plutôt un peu pâle, mais cependant la couleur des lèvres est bonne. Il n'y a chez lui aucune trace de paralysie des muscles de la face, et chacun des deux yeux est dans un état normal. On peut remuer le bras gauche à l'épaule et au coude, mais il n'est possible de remuer le poignet qu'avec une extrême lenteur. Quant à la main, il est absolument impossible de pouvoir l'ouvrir. La puissance de pronation et de supination est absolument perdue. Il n'y a que de très lents mouvements d'extension des doigts. Les muscles du bras sont très minces, et les interosseux sont détruits. Pour ce qui est de la jambe gauche, elle peut être librement remuée à la cuisse et fléchie et étendue en faisant fonctionner les articulations du genou. Les pieds, eux aussi, peuvent être remués, fléchis et redressés.

Les réflexes profonds et les réflexes superficiels sont, de tous côtés, exagérés sur le côté gauche. Les sensations que le malade éprouve semblent être éprouvées telles qu'elle doivent l'être.

Un trait qui est intéressant à signaler et auquel on ne s'arrête pas tout d'abord, c'est la fréquence des mouvements amples, irréguliers, qui se produisent quand le malade essaie de faire quelque effort volontaire au moyen du bras gauche. La condition mentale du malade est excellente.

Comme je l'ai déjà établi, l'hémiplégie dans la fièvre typhoïde est une affection excessivement rare. Même chez les enfants, chez lesquels l'hémiplégie est une plus fréquente complication des fièvres spécifiques, on peut dire qu'elle est très rarement constatée. Comme exemple très frappant de ce que j'avance, je peux citer les 120 cas qui forment la base de ma monographie sur les paralysies cérébrales chez les enfants, et parmi lesquels il n'y avait pas un seul cas d'hémiplégie compliquant cette maladie. Parmi les 160 cas rassemblés par Wallemberg, 4 cas seulement survinrent pendant la fièvre typhoïde. Dans mon expérience, pourtant approfondie sur la fièvre typhoïde, je n'ai jamais eu sous mon observation aucun cas de cette sorte. Dans les *Transactions de la Société clinique* (vol. XXVI, 1893), le Dr Francis Hawkins a rassemblé 70 cas de la littérature médicale. Trois de ces cas arrivèrent chez des enfants âgés de quinze ans. Pour les 14 cas qui sont donnés avec les dates, la maladie se manifesta dans la seconde semaine dans 1 cas, durant la troisième semaine dans 6 cas, durant la quatrième semaine dans 2 cas, et durant la convalescence dans 5 cas.

Le côté droit était paralysé dans 12 cas, sur les 16 dans lesquels le côté était mentionné. Il est à remarquer aussi que l'aphasie accompagnait l'hémiplégie dans douze exemples. Des 70 cas rassemblés, deux malades seulement, c'est-à-dire

2 cas, eurent la mort pour résultat, et dans l'un et l'autre de ces 2 cas, une thrombose existait dans l'artère cérébrale moyenne. Il est probable que c'est la lésion ordinaire dans la fièvre typhoïde et, comme vous devez le savoir, dans cette maladie plus encore que dans n'importe quelle autre maladie, il existe une tendance à la formation d'une thrombose dans les artères. L'endocardite est si rare que l'hémiplégie provenant d'embolie doit être certainement considérée comme très rare(1).

Nous avons cette année peu d'exemples à donner à l'appui de la fréquence de la formation de la thrombose dans les artères cérébrales au cours de la fièvre typhoïde. Cette étude est donnée tout au long dans notre récente publication : *Études sur la fièvre typhoïde*, mais j'en donne ici un très bref extrait, puisqu'il porte directement sur la question.

Le malade était un jeune homme âgé de vingt-deux ans, qui fut admis à l'hôpital, le 24 avril 1895. Il y avait alors quatre jours qu'il était malade, et qu'il ressentait des maux de tête, puisqu'il était atteint de douleurs et de fièvre. La famille à laquelle il appartenait était très saine et exempte de toutes maladies. Quand il entra à l'hôpital, la température de son corps était de 104° F., mais le lendemain même, au matin, elle se fixa jusqu'à 100°7. Pendant les trois ou quatre jours qui suivirent, la température varia et essaya de s'arrêter à un degré fixe, mais elle n'atteignit pas la température des bains, qui est de 102°5.

Le 27, des boutons rouges furent découverts, et l'on put reconnaître la rate à la palpation. Le matin du 28, la température était de 99°3, et le soir, elle était de 100°. Il semblait que le malade se portait bien à tous points de vue. Le 29 à midi, au moment où nous étions à passer la visite dans les salles, le Dr Thayer était tout à coup appelé, et il trouvait le

(1) Johns Hopkins Hospital Reports, vol. V, p. 465.

malade en détresse complète, se plaignant de sensations inaccoutumées dans la tête. Les pupilles étaient dilatées, et en quelques minutes à peine, il avait une convulsion courte, rapide, aiguë et générale, qui commença presque simultanément dans les deux bras. Les yeux démontrèrent qu'il y avait une déviation bien marquée à gauche et par en haut, et la tête elle-même se trouvait tournée quelque peu à gauche. Pendant à peu près une heure, les convulsions se répétèrent successivement à de courts intervalles. La morphine fut administrée au malade, et ensuite le chloroforme. A partir de cet instant, et pendant plusieurs heures, les convulsions devinrent bien moins intenses et cessèrent complètement. Pendant que se faisaient sentir les convulsions, le sujet se trouvait dans un état d'inconscience complète, et même pendant les plus violentes convulsions, il y avait une gêne très bien marquée de la respiration ; de sorte qu'il devenait à ce moment presque livide. Dans l'intervalle des convulsions, le malade semblait avoir conscience des faits qui se passait autour de lui ; il parlait à ceux qui l'entouraient, il semblait comprendre leurs questions, mais il avait néanmoins le regard confus, les yeux hagards.

A cinq heures du matin, les convulsions se manifestèrent à nouveau. Elles se manifestèrent même avec une très violente intensité. On fit des inhalations de chloroforme à plusieurs reprises ; mais les convulsions revenaient sans cesse, comme à des intervalles périodiques, et cela dura jusqu'à dix heures du soir. A cette heure, le malade eut une convulsion plus violente que de coutume, et, ne pouvant la maîtriser, il mourut. Les convulsions ressenties furent générales, mais les mouvements les plus intenses eurent lieu du côté droit.

On fit l'autopsie. Elle démontra la présence d'une entérite hémorragique bien accentuée et affectant l'iléon, qui çà et là présentait de petits ulcères. Le cœur fut trouvé dans un

état normal. Les lignes qui suivent sont la description des lésions du cerveau par le docteur Flexner :

« La thrombose était d'une certaine étendue dans certains des vaisseaux sur les circonvolutions du côté gauche. Au moment de l'autopsie, on constate qu'il enveloppait les ramifications provenant de l'artère cérébrale moyenne. Mais à ce moment-là, la dissection n'était pas complète. Postérieurement dans le spécimen devenue très dur, on remarqua ceci, c'est que les thromboses étaient situées dans les branches pariétales et dans les branches pariéto-temporales de l'artère cérébrale moyenne. Les méninges au-dessus de ces vaisseaux contenaient de petites hémorragies et la substance du cerveau qui leur correspondait démontrait de petites extravasations de sang, bien que le tissu environnant fût très ferme. Des piquetés hémorragiques petits, mais très extensifs, sont remarqués comme occupant le cortex et la substance blanche adjacente dans le voisinage immédiat de la thrombose vasculaire. Ces étendues comprennent quelquefois une distance qui s'étend à deux centimètres des vaisseaux et ordinairement du côté de la convexité.

» L'artère carotide interne était exempte de thrombose, de même que la branche sylvienne ; les artères pariétales ascendantes et les artères pariéto-temporales ascendantes, y compris leurs points d'origine dans l'artère cérébrale moyenne, étaient obstruées par une thrombose adhérente, en partie décolorée et presque de consistance ferme. On put suivre les traces dans les branches des artères de plusieurs thrombus de couleurs sombres et de date récente ; par exemple, dans les branches de la scissure Rolandique, dans le sillon se trouvant entre les circonvolutions frontales ascendantes et les circonvolutions frontales descendantes, et dans les branches subvenant généralement à la région temporo-pariétale. L'artère frontale

externe inférieure et les artères des espaces perforés antérieurs furent trouvés libres de toute thrombose.

» A la section du cerveau qui fut faite, on ne trouva pas de grosses lésions anatomiques. Les ventricules n'étaient pas dilatés.

» Les cultures du bacille typhoïde croissent de différents organes. »

Chez les deux malades dont nous avons parlé, il n'y a aucune possibilité de pouvoir arriver à obtenir la guérison. La petite fille, selon du moins toute probabilité, arrivera à recouvrer complètement l'usage de la parole. Dans les deux cas cités, il y aura aussi une même amélioration : nous voulons parler de l'amélioration qui se produira dans la marche. En ce qui concerne le pronostic touchant les cas récents, il n'y a à remarquer que ceci, c'est que, des quatorze cas rassemblés par Hawkins et pour lesquels le résultat est connu, on constate qu'il y a neuf cas pour lesquels la guérison est complète.

Ces paralysies du segment moteur supérieur dans les fièvres sont, fort heureusement, d'une excessive rareté. Dans une collection beaucoup plus importante de cas, le segment moteur inférieur est attaqué et l'affection est une paralysie névritique ou de la moelle épinière. La lésion peut être, soit centrale en comprenant la matière grise de la moelle épinière à une plus ou moins grande étendue ; soit périphérique, en comprenant les nerfs des extrémités et plus rarement ceux de l'œil.

Gowers établit que la polio-myélite antérieure est plus fréquemment secondaire dans la fièvre typhoïde que dans n'importe quelle autre maladie aiguë spécifique. Il ajoute, néanmoins, que lorsque l'attaque est subaiguë, les symptômes sont, sans aucun doute, dus, dans beaucoup de cas, à une névrite multiple. Le rapport donné par Bury, des cas de paralysie qui suivent la fièvre typhoïde (voir la monographie

par Ross et Bury sur la névrite périphérique), rapport qui est très complet, ne doit pas cependant porter en dehors de cette classification.

Dans la plus grande majorité de tous les cas, ce qui est important à noter, c'est qu'on s'est trouvé en face d'une névrite périphérique. Il est établi que certains cas ont présenté la caractéristique d'une paralysie ascendante aiguë, et la lésion a été une névrite périphérique.

Les deux cas de myélite ascendante décrits par le docteur Raymond (dans la *Revue de médecine* de 1885), qui tous deux manifestèrent des changements bien marqués dans la sensation, ainsi qu'une débilité musculaire progressive, et qui eurent tous deux pour résultat une guérison absolue et très rapide, ces deux cas, dis-je, doivent être considérés comme névrites.

Il y a encore moins de doute au sujet de certains cas de monoplégie et de paralysie locales, comme dans le cas rapporté par Store (*Saint Bartholomew's hospital reports*, vol. XXIII), dans lequel il y avait une myélite aiguë entre les troisième et huitième nerfs cervicaux.

Afin que vous puissiez faire la comparaison, je vais vous montrer un troisième cas, qui est une forme de paralysie névritique dans la fièvre typhoïde. D'un coup d'œil général, vous verrez que le malade a traversé plusieurs épreuves assez rudes.

Il a été dans une salle privée de l'hôpital pendant une durée de deux mois exactement ; il est maintenant, comme il pourra vous le dire lui-même, grand, frêle et maigre. Il n'est actuellement qu'un convalescent, et, s'il a consenti à venir aujourd'hui devant vous, c'est pour vous permettre de pouvoir constater par vous-mêmes ce qui lui reste encore d'une complication assez sérieuse et qui, pendant un certain temps, nous causa la plus grande inquiétude.

Je vais d'abord vous lire son histoire. Le résumé clinique est le suivant :

Attaque violente de fièvre typhoïde ; dans la cinquième semaine, douleur dans le bras droit et peu à peu et graduellement perte de force dans le bras et dans la main ; dans la sixième semaine, perte de forces dans les deux jambes sans toutefois éprouver de souffrance ; guérison se faisant graduellement.

A. B., âgé de vingt-six ans, l'un des professeurs associés du Collège de la Nouvelle-Angleterre, fut admis à l'hôpital, le 30 août 1895.

Il n'y a absolument rien à noter dans l'histoire de la famille.

Au mois d'août dernier, il alla faire une visite à Eastern-Shore et, à cette époque, il était en très bonne santé et ne ressentait aucun malaise.

Le 16, il commença à se plaindre de maux de tête et de douleurs dans les différents membres.

Le 24, au matin, pour la première fois, il fut pris de fièvre. Depuis, tous les matins, la fièvre recommença. Son appétit, néanmoins, fut très bon, jusqu'au quatrième jour qui précéda son admission à l'hôpital. Il n'a pas eu une seule fois de saignement de nez. Il s'est, en maintes reprises, purgé avec du calomel. Pendant une grande semaine, il a éprouvé des maux assez sérieux dans l'abdomen.

A son admission à l'hôpital, les symptômes de la fièvre typhoïde sont très bien marqués. Il y a des boutons roses sur le corps. La rate est beaucoup dilatée. Pendant la première semaine, la température varie sensiblement entre 100 et 105°F.

En répétant plusieurs fois l'examen de l'urine, pendant le premier mois, on découvrit qu'il avait de faibles traces d'albumine et une petite quantité de substance hyaline.

Vers le 21 septembre, le malade commença à se plaindre de douleurs dans le bras droit. Il était difficile de pouvoir définir la localisation exacte. Il éprouvait de la douleur quand on touchait à l'épaule ou au bras ou même au coude. Le mouvement du bras était excessivement pénible ; la pression faite sur l'épaule, sur le coude ou sur le bras lui causait une sensation très pénible. Il n'y avait aucun gonflement aux jointures.

Le malade se plaignait aussi que les doigts étaient engourdis et raides. Durant les deux ou trois jours qui suivirent, cette condition s'aggrava de plus en plus. La température oscille entre 98 et 102° F.

Le 24 septembre, le malade se plaignit qu'il ne pouvait pas bien remuer ses jambes qui étaient raides. Il ne pouvait pas, non plus, mouvoir ses pieds ni ses doigts de pied facilement.

Ce jour-là, le poignet était contourné du côté droit. Il ne pouvait ni allonger les doigts ni mouvoir le poignet. Il lui était impossible de pouvoir définir quel était l'endroit du bras où il éprouvait la plus grande douleur. Il tressaillait quand l'humérus était saisi, mais il n'éprouvait aucune douleur spéciale sur le nerf cubital ou le long des cordons nerveux. Le côté de l'extension du bras droit semblait quelque peu tuméfié, en comparaison avec le bras gauche. Pendant les jours qui suivirent, il ne se plaignit pas beaucoup, mais il y avait une perte presque complète de force dans le bras droit.

Le 30, la douleur était beaucoup moindre. Il ne pouvait ni soulever le bras droit, à cause de l'articulation de l'épaule, ni fléchir ou étendre le bras, à cause de l'articulation du coude. Le poignet était complètement pendant et il ne pouvait que juste remuer les doigts.

Le malade ne pouvait même pas traîner les jambes ni mouvoir les doigts de pied de l'un ou de l'autre pied. On remar-

quait que les muscles étaient flasques et très abîmés par la fièvre sans être, néanmoins, de consistance molle.

Il y eut une lente amélioration dans les membres paralysés. Le malade put mouvoir la main et l'avant-bras, et le poignet put être, avec certaines précautions, étendu. L'étreinte de la main était encore à peine perceptible. Il y avait toujours dans les muscles une faiblesse très caractérisée.

Le 7 octobre, il ne put soulever du lit ni l'une ni l'autre jambe ; les pieds furent dans la position typique du pied pendant. Il n'y avait plus aucune faiblesse ni dans les muscles ni dans les nerfs ; il n'y avait aucune trace de paralysie, la sensation était normale.

Le 10 octobre, le bulletin de santé était le suivant : Il ne peut étendre les doigts. Il peut fléchir le bras au coude, mais il retombe aussitôt. La main gauche et le bras gauche ne sont pas et n'ont pas été affectés. Il peut remuer doucement les jambes à l'articulation de la hanche. Le pied est toujours traîné complètement.

Durant les quelques jours précédents, la situation du malade s'est améliorée rapidement. Il peut, à présent, étendre la main et remuer tous les doigts, mais l'étreinte est toujours très faible et à peine sensible. A l'articulation de la hanche, les jambes fonctionnent bien ; elles fonctionnent également bien à l'articulation du genou. Il peut, ce qui est un grand progrès, mouvoir un peu les doigts des pieds. L'amélioration si rapide qui s'est produite est un augure favorable pour le cas, car, en peu de jours, la situation a complètement changé.

La distribution de la paralysie chez le malade est très peu commune. Dans la communication dont je vous ai déjà parlé, vous trouverez tous les détails sur neuf cas de névrite survenus au cours de la fièvre typhoïde ou après, et qui ont été confiés à mes soins, dans l'hôpital, durant les six dernières

années. Le pronostic est ordinairement bon, et, dans le cas que vous avez devant vous, l'amélioration des six derniers jours a été si marquée qu'il est très probable que la guérison sera très rapide (1).

Observation III

(Société médicale de l'hôpital «John Hopkins», séance du
4 novembre 1895.)

Un cas d'hémiplégie avec *aphasie motrice*, chez une malade convalescente de fièvre typhoïde (D^r BLUMER).

Le sujet que je vous présente ce soir, est un spécimen d'une des rares complications de la fièvre typhoïde. C'est un exemple d'hémiplégie avec *aphasie motrice*.

Cette jeune fille fut apportée au dispensaire pour une paralysie du côté droit. Les antécédents du côté de la famille sont muets, et on ne trouve rien de digne de remarque dans son histoire personnelle.

Nous la vîmes pour la première fois, le 23 du mois d'août dernier.

Dix-sept semaines auparavant, elle avait été atteinte d'une fièvre typhoïde type, et quelque peu prolongée.

L'invasion de la maladie débuta par un malaise et une sensation de faiblesse générale, qui fut pendant dix semaines suivie de fièvre continue, avec un mal de tête persistant, de la diarrhée, de la douleur de ventre, et une torpeur d'esprit concomitante.

Son frère fut attaqué en même temps qu'elle. Il y avait une semaine qu'elle commençait à prendre des aliments solides,

(1) Avec des frictions systématiques faites aux bras et aux jambes, la force reviendra certainement dans ses membres d'ici quelques semaines.

quand la petite malade fut subitement prise de violentes convulsions. L'accès survint vers les huit heures du matin, pendant le déjeuner de l'enfant ; immédiatement on la couche. Les mouvements convulsifs étaient à peu près entièrement limités au côté droit, jusqu'aux extrémités qui furent enfin atteintes. Du côté de la tête, la généralisation des convulsions se fit aussi très rapidement, mais jamais la mère ne sut me dire si elles s'étaient exclusivement montrées du côté droit de la face, ou non.

Ces mouvements furent très violents depuis huit heures du matin, jusqu'à quatre heures de l'après-midi. A quatre heures, tout avait disparu ou à peu près du côté de la tête et de la figure, mais pendant deux jours, on vit persister les convulsions du bras et de la jambe, et cela avec plus ou moins d'intensité. Pendant tout ce temps, il semblait que l'enfant fût dans l'impossibilité absolue de parler, et surtout de comprendre quoi que ce fût.

Ce ne fut qu'au bout de cinq semaines après le début de ces accidents, que l'on vit renaître chez elle la motricité, et la possibilité de mouvoir les deux membres du côté qui avait été jusque-là paralysé. A la même époque, la faculté de la parole fit sa réapparition. Tout d'abord, il semblait que la petite fille ne reconnut personne des siens, ou mieux, elle les reconnaissait selon toute évidence, mais elle les nommait mal, appelant son père « sa mère », et ainsi de suite.

Ce fut à cette époque qu'elle fut apportée au dispensaire. Elle pourrait bien un peu marcher, quoique traînant un peu le pied droit, mais il n'en était pas de même du bras qui restait paralysé. Il n'y avait aucune apparence de paralysie faciale à ce moment, aucune hémianopsie. Il y avait donc alors, selon toute apparence *pure aphasie motrice*.

Comprenant parfaitement tout, ce qui lui était dit, l'enfant ne pouvait pourtant rien faire de ce qu'on lui demandait. Que

si par hasard on lui présentait un objet, il n'y avait nul doute qu'elle le reconnût, mais elle le désignait par un faux nom, et il était très rare qu'elle pût les nommer correctement.

Depuis son entrée à l'hôpital, ses progrès ont été constants, en ce qui concerne l'élocution ; actuellement elle se sert de plus d'expressions propres pour désigner les choses. De même, il y a eu de véritables progrès sous le rapport de la déambulation ; seul, l'état du membre supérieur reste stationnaire. En général, le bras est replié à angle droit, comme on peut l'observer ici, c'est en somme une *paralysie rigide*.

L'enfant peut mouvoir le coude, et faiblement remuer les doigts. Il n'y a aucun signe de paralysie faciale ; la langue est projetée droite, et il ne semble pas qu'il y ait quelque chose d'anormal du côté des muscles qui entourent les commissures labiales.

La question est de savoir quelle lésion a pu produire ces accidents ? Evidemment, celle-ci s'attaquait aux centres moteurs de la couche corticale, et aussi à l'aire présidant au centre du langage, à savoir la circonvolution frontale et pariétale ascendante ainsi que la portion postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche.

Quelle était enfin cette lésion ?

Une hémorragie, une thrombose, ou une embolie ? L'âge de l'enfant va à l'encontre de l'hypothèse d'une hémorragie, il en est de même, en ce qui concerne le processus irritatif, qui pour une hémorragie aurait duré trop longtemps. En effet, au cas d'épanchement de sang, de quelque étendue, selon toute ressemblance, la destruction des parties aurait fait son apparition à une période plus précoce, mettant du même coup fin aux lésions irritatives. En faveur d'une embolie, nous ne trouvons aucune source originelle, étant donné qu'il n'y avait aucune lésion cardiaque. Sans doute, l'enfant venait de faire une très longue maladie, et, dans chaque maladie, le patient

court toujours le risque de voir se former chez lui un thrombus dans les appendices auriculaires du cœur.

La conséquence du déplacement de ces thromboses est une embolie subséquente et finalement le ramollissement. Il est impossible de même de faire un diagnostic précis entre la thrombose et l'embolie, en pareil cas.

Nous avons été amené à incliner pour une thrombose, par suite de la similitude du présent cas avec un cas pareil qui s'est montré dans cet hôpital, au commencement de l'année.

Il s'agissait d'un malade qui avait été pris de convulsions (non unilatérales comme chez l'enfant), et qui rapidement évoluèrent vers une terminaison fatale.

A l'autopsie, on trouva une trombose qui s'étendait à un grand nombre de branches de l'artère cérébrale moyenne.

Ici, les trois premières branches de la cérébrale moyenne (la frontale inférieure, la frontale ascendante, la pariétale ascendante) étaient probablement prises. Nous considérerons deux troncs artériels : Quelquefois la frontale inférieure, la pariétale ascendante naissent d'un simple tronc, et il est possible qu'il en soit de même pour les trois vaisseaux.

Dans le cas actuel, nous croirions volontiers à un simple thrombose d'un tronc commun à plusieurs branches, et tout ce que nous pouvons présumer, au moins, c'est l'existence d'une thrombose partielle de la cérébrale moyenne s'étendant à l'origine des trois branches.

Ainsi aurait été supprimé l'accès du sang aux parties. Le fait que les signes d'irritation existaient si longtemps avant l'apparition de la paralysie actuelle, sont plutôt de nature à incriminer un ramollissement qu'une destruction primitive conséquence d'une hémorragie.

De pareils cas sont assurément très rares. J'ai pu en découvrir six ou sept dans les ouvrages de littérature médicale à ma

disposition. Dans les uns, il y avait eu, dans les autres, il n'y avait pas eu de convulsions.

Une observation du docteur Grec, parue en 1898, est à peu près semblable à la mienne. L'auteur inclinait à croire qu'il s'agissait chez son malade d'une *embolie* (bien qu'il n'eût aucune lésion cardiaque), lequel aurait, d'après lui, pris naissance dans les appendices auriculaires.

Docteur Thayer.— J'ai eu la bonne fortune d'observer également deux malades présentant des accidents tout à fait semblables, pendant que j'étais interne à l'hôpital général des Massachussets, dans le service du docteur G.-G. Tarbel. Avec sa permission, je communiquerai ses notes, observation II.

F. Med, âgé de vingt et un ans, ouvrier corroyeur fut admis à l'hôpital général de Massachussets, le 6 octobre 1888. Ses antécédents de famille étaient bons, et il n'avait lui-même aucun antécédent personnel.

Depuis deux semaines, il se plaignait de mal de tête, et de douleurs vagues. Quatre jours avant son entrée, il abandonna son travail et se mit au lit. A l'examen du sujet, on trouvait un homme grand, bien fait et vigoureux ; la face était colorée, les conjonctives injectées, les lèvres et muqueuses colorées, la langue chargée d'une épaisse couche d'enduit blanc jaunâtre. L'abdomen était plutôt déprimé : tympanisme modéré, gargouillement dans la région iléo-cœcale, légère sensibilité à l'épigastre, quelques taches rosées sur le ventre et le dos.

L'étendue de la région de la matité splénique était augmentée et on trouvait très facilement la rate.

Urines normales. — D = 1.020, acide, traces d'albumine, sédiments en petite quantité ; pellicule hyaline et finement granuleuse à la surface.

7. — Aucun changement.

9. — Stupidité, apathie complète, taches rosées très nombreuses.

11. — Journée de prostration complète pour le malade qui tire seulement la langue, quand on lui demande de le faire ; marmottement. Il avale le lait qui lui est versé dans la bouche, mais il lui est impossible de le sucer à l'aide d'une paille. Le pouls est plutôt petit, souvent dicroète.

12. — Dixième jour de la maladie. Vers une heure du matin le garde-malade remarque que le patient ne pouvait remuer ni bras ni jambe du côté droit. Dans la matinée du même jour, je trouvais, vers midi quinze, le malade sur son lit, couché sur le dos, la face colorée, les yeux demi-clos, les pupilles tournées en haut, égales et sensibles à la lumière. Les conjonctives étaient colorées, le plissement de l'angle de la bouche était plus marqué à gauche qu'à droite. Le malade était complètement stupide, incapable de montrer la langue quand on lui demandait de le faire. Si on lui posait des questions, il demeurait quelque temps silencieux, s'efforçant à répondre, mais il paraissait tout à fait incapable de parler. Même incapacité en ce qui concerne la faculté de mouvoir le bras droit et la jambe du même côté.

Ces deux membres pouvaient être placés immobiles dans n'importe quelle position. Si on demandait subitement au malade de remuer le bras, il le soulevait à l'aide de la main gauche. Les réflexes cutanés subsistaient à gauche, mais manquaient à droite. *Clownisme* marqué à droite, avec augmentation du réflexe bicipital.

Au contraire, les réflexes patellaire et tricipital n'étaient point augmentés manifestement de ce côté. Pouls à 80°, régulier, modérément fort.

13. — Ce matin, le malade est dans le même état. Dans son crachoir, au milieu d'environ une once d'expectoration visqueuse, finement ocrée, muqueuse et striée de sang, on

trouve de la matière purulente, quelques raies sanglantes, d'un sang noir, et très mélangées au liquide.

14. — Hier, dans l'après-midi, et de même ce matin, le malade semble être dans un plus brillant état; il sourit quand on lui parle, il cherche à parler mais ne peut articuler aucun mot.

18. — A cette date, la température qui s'était graduellement abaissée revient à la normale, et on note dès lors ce qui suit : le malade est décidément beaucoup mieux, il semble bien que, lorsqu'on lui parle, il comprenne ce qui lui est dit, mais il remue la tête, indiquant qu'il lui est impossible de s'exprimer. Dans l'impossibilité absolue de tirer la langue, il ouvre néanmoins mieux la bouche.

Le contour (?) de la bouche est beaucoup plus accentuée à gauche qu'à droite.

Par un examen plus attentif, on en vient à se demander s'il comprend bien les remarques qu'on lui fait. Le regard est plus vif et, néanmoins, en y regardant bien, il semble évident que s'il remue et incline la tête, c'est machinalement, sans qu'il y ait le moindre rapport entre l'acte et la question posée. Il faut déclarer, toutefois, que les infirmiers qui demeurent constamment auprès de lui, étaient convaincus qu'il saisissait très bien tout ce qu'on lui disait.

20. — La température reste normale du 25 de ce mois au 7 novembre, jour où le malade eut une petite élévation de température avec de la toux, une expectoration striée de sang, et tous les signes d'une congestion à la base du poumon gauche.

30. — Il pouvait tirer la langue.

Le 13 novembre. — Continuation de l'amélioration. Le sujet est gai et content, il ne peut pourtant pas parler ; il fait un tapage insensé pour attirer l'attention, mais il ne peut imiter aucun son, ni prononcer aucune parole.

27. — La matité modérée subsiste du côté droit, la respiration est légèrement modifiée, à la partie moyenne ; on entend de gros râles à l'inspiration.

3 décembre. — Le malade peut se retourner dans son lit.

6 janvier 1889 — Le malade est capable de se lever et de se tenir sur son séant.

10. — Le malade peut distinctement prononcer quelques paroles ; il est capable d'écrire son nom de la main gauche.

11. — Il demande à aller chez lui, il peut marcher très bien, tout en étant incapable de monter et de descendre. Auparavant, il semble très bien comprendre ce qu'on lui dit, lit, mais n'articule que quelques mots. Autant qu'on peut le voir, il reconnaît les objets qu'on lui présente, sans pouvoir les nommer par leur nom. Le bras droit remue bien à l'épaule, et mon sujet peut également faire jouer les muscles de l'avant-bras.

Il est gai, content, tout en s'écriant souvent qu'il lui est impossible de faire ce qu'il s'efforce de faire.

Observation II

J... D..., dix ans, pensionnaire, fut admise à l'hôpital général de Massachussets, le 21 novembre 1888, avec les signes caractéristiques d'une fièvre typhoïde datant de cinq jours. Pas d'albumine dans les urines. Dans les premiers temps, l'apparition des taches rosées se fait vers le 25 novembre. Le 9 décembre, vingt-troisième jour de la maladie, on pouvait remarquer que l'enfant était en plein état typhoïde ; défécation et miction involontaires.

10 décembre 1888. — Hier dans l'après-midi, l'infirmière remarqua que l'enfant ne pouvait répondre aux questions, et

se couchait avec persistance sur le côté droit. Ce matin, elle ne peut parler tout en comprenant apparemment les questions qu'on lui pose, la langue est tirée bien droite, quand on la lui demande. Il n'y a aucune paralysie faciale, les mouvements et la sensibilité des jambes sont conservés. Le bras et la main du côté droit remuent lentement et difficilement. La poignée de main donnée de cette main est certainement plus faible que celle donnée de la main gauche. En apparence, les réflexes ne sont pas exagérés.

12 décembre. — Aujourd'hui, la malade émet quelques sons ; l'infirmière croit qu'elle dit : « lait ».

16. — Elle a prononcé ce matin plusieurs paroles ; elle appelle la garde-malade, se plaint, sourit quand on lui parle ; elle comprend sûrement. Elle se sert de la main droite, à peu près aussi bien que de la main gauche.

20. — L'enfant parle beaucoup, et se dit : « Oui et non » à elle-même.

27. — Elle parle plus encore, et s'exprime fort bien.

4 janvier 1889. — La température est normale pour la première fois.

18. — La malade a été çà et là, mais tout en parlant, et comprenant très bien ce qu'on lui disait, elle restait décidément faible d'esprit.

23. — Elle va très bien, sort aux alentours. L'appétit est énorme, la mentalité reste faible, au-dessous de la moyenne (?). Depuis deux jours, elle insiste pour qu'une malade dérobe ses vêtements, et soit envoyée chez elle. La mère de l'enfant vient à ce moment, et celle-ci fut « mise exeat. »

Ainsi donc, dans chacun de ces cas, au cours d'une fièvre typhoïde (dixième et vingt-quatrième jours), on voit apparaître chez des personnes saines et robustes une hémiplegie avec aphasie motrice. Dans l'un ni l'autre cas, on n'observe de convulsions.

Je ne connaissais aucun autre cas de même nature, jusqu'à celui de mon malheureux collègue, auquel le Dr Blumer a fait allusion.

Dans les cas de Boston, la lésion fut sans doute une thrombose. Il n'y eut aucune présomption d'embolie possible, l'état du cœur était parfait chez chacun des deux malades.

Les thromboses artérielles sont rares, et se montrent plutôt dans d'autres régions, tandis que les thromboses veineuses sont fréquentes.

Observation IV

DONKIN. — 1892

Enteric fever ; right hemiplegia with aphasia ; relapse ; death.

(Fièvre typhoïde ; hémiplegie droite avec aphasia ; rechute ; mort).

(*Lancet*. London, 23 avril 1892, 912-913)

Ce cas est rapporté ici parce qu'il est une coïncidence exceptionnelle de l'hémiplegie compliquant la fièvre typhoïde. Le docteur Donkin fait observer, en rapportant ce cas, que très peu de cas semblables ont été jusqu'à aujourd'hui remarqués et que la plupart ne furent pas soumis à l'autopsie.

Deux cas, observés chez des enfants et qui eurent la guérison pour résultat, furent rapportés par le docteur Gee et par le docteur Cayley, tous les deux dans le *Medical Times and Gazette* de l'année 1878, vol. I^{er}.

L'obstruction des artères cérébrales est ordinairement due, selon du moins ce qui semble le plus vraisemblable, à une cause d'embolie, et là où aucune anormalité cardiaque n'est démontrée, l'embolie semble provenir d'une thrombose désagrégée dans le cœur gauche. Dans le cas que nous allons

exposer, il n'y avait rien qui fût digne de remarque, soit dans la structure du cœur soit dans son contenu. Nous avons probablement à choisir entre la « thrombose in situ » ou quelques grumeaux temporaires dans les cavités du cœur conduisant à l'embolie pour expliquer l'obstruction artérielle qui fut découverte à la fois dans le cerveau et dans le poumon. Il est plus probable que les caillots qu'on trouva furent produits « in situ » et que leur cause fut la même — par exemple, dépression de la force circulatoire provenant d'une longue et douloureuse pyrexie qui se trouvait manifestée par le dicrotisme continu du pouls et par la grande faiblesse ou le silence presque complet du cœur.

L'affaiblissement de la nutrition des artères était une des principales causes de la fièvre entérique qui s'accroissait sur les tissus principalement, et les changements morbides qui se manifestèrent dans le sang furent probablement d'importants facteurs ainsi que le cœur affaibli pour produire ce résultat.

On doit dire ici, pour être absolument impartial et n'omettre aucun détail qui puisse intéresser sur le cas qui nous occupe, que le malade fut atteint d'une bronchite très accentuée et qu'il eut en même temps beaucoup de dyspnée, ce qui mit dans un certain état de détresse le cœur déjà absolument fatigué et qui s'était probablement dilaté au cours de la fièvre.

Dans ce contexte, le docteur Donkin appelle l'attention sur un cas rapporté par le docteur J. Abercrombie, dans lequel une hémiplegie gauche survint tout à coup chez un garçon de dix ans en même temps que la diphtérie. L'autopsie démontra que la thrombose de l'artère cérébrale moyenne droite, sans affection des valvules du cœur ou sans apparence d'embolie. Le récit du cas est extrait des notes fournies par M. Gossage, médecin.

La malade dont il s'agit, âgée de trente ans, avait soigné deux cas de fièvre typhoïde dans une maison où les conduits des water-closet étaient considérés comme étant très défectueux. L'un de ces deux malades mourut peu de temps après, et après une longue période de fièvre qui fut accompagnée de diarrhée fétide très accentuée. L'infirmière fut malade quinze jours avant son entrée à l'hôpital.

Le 28 novembre, c'est-à-dire quelques jours auparavant, elle avait eu une attaque très violente de céphalagie, et pendant les deux jours suivants elle ressentit de la douleur dans tous les membres, une sorte de fatigue générale, et elle était en proie à des frissons et à des tremblements très fréquents.

Le 2 décembre, elle eut une toux légère, un peu de diarrhée et quelques vomissements. Les ganglions du cou étaient augmentés de volume et ce phénomène se reproduisait d'une façon périodique chez elle ; pendant les trois semaines qui précédèrent son admission à l'hôpital surtout, ils étaient augmentés de volume plus qu'à l'ordinaire.

La malade avait été atteinte d'une coniectivite strumeuse deux ans auparavant ; en janvier 1890, elle avait eu des attaques d'influenza et, en mai 1891, ces attaques s'étaient renouvelées et avaient été d'une certaine importance. Quand elle fut admise à l'hôpital, sa température était de 104° F. ; elle avait un peu de tympanisme de l'abdomen et éprouvait une grande souffrance.

A partir de cette date jusqu'au 15, la température ne varia guère qu'entre 104°8 et 102° ; le plus souvent, elle était de 103° au moins. Pendant toute cette période, la malade éprouva une forte douleur dans l'abdomen ; elle fut parfois atteinte de vomissements et de fortes éruptions.

Elle fut aussi constipée ; après cinq jours de constipation, le 8 décembre, on lui administra un simple lavement, à la

suite duquel elle eut de une à trois selles par jour qui étaient demi-solides ou solides entièrement. Jusqu'au 15 décembre, il en fut ainsi.

A cette date, en auscultant la malade, la poitrine tout entière révéla des symptômes de bronchite. La bronchite devint de plus en plus aiguë; elle fut accompagnée d'une dyspnée considérable qui dura pendant plusieurs jours et la température fut ordinairement de 101°5 à 103°, montant cependant à certains moments jusqu'à 104°, et cela jusqu'à la date du 22 décembre. Cette période une fois passée, la température tomba peu à peu et la bronchite diminua également d'intensité; il en fut ainsi jusqu'à la fin du mois, époque à laquelle la pyrexie cessa et les signes de bronchite disparurent complètement.

Le 31 décembre, la malade se plaignit alors d'un nouveau malaise: elle ressentait une grande douleur dans la tête. Ses intestins n'avaient pas fonctionné depuis plusieurs jours; aussi jugea-t-on nécessaire de lui administrer un lavement; le 1^{er} janvier, quand l'infirmière, chargée de lui administrer le lavement, arriva près de la malade, à six heures du matin, elle la trouva dans un état de faiblesse beaucoup plus prononcé qu'à l'ordinaire et dans l'impossibilité de prononcer une seule parole.

Elle venait de dormir environ une heure. On l'examina et l'on reconnut qu'il y avait un affaiblissement très marqué du globe oculaire gauche et, de plus, qu'il y avait paralysie très caractérisée du bras droit et de la jambe droite. Elle entendait bien ce qui lui était dit et elle comprenait probablement aussi ce qu'on lui disait; elle sortait sa langue hors de la bouche, très doucement, comme pour parler. Il lui était extrêmement difficile d'avaler ce qu'on lui faisait prendre; l'urine se répandait à présent au lit.

Pendant les quelques jours qui suivirent, la paralysie s'étendit encore davantage et devint bientôt complète ; il y eut perte de sensibilité dans les membres affectés ; la respiration ne se faisait plus qu'avec beaucoup de difficulté ; l'urine et les excréments se faisaient régulièrement et involontairement au lit.

Le 4 janvier, la température s'éleva quelque peu.

Le 5. — Elle était, le soir, de 102°.

Le 8. — La malade fut couverte de petits boutons de couleur rose et eut quelques vomissements. Cette éruption de boutons alla en continuant, ainsi que la diarrhée.

Le 14. — La température était, prise le matin, de 104° ; le pouls s'était élevé et donnait 160 pulsations à la minute ; la respiration devint très oppressée en même temps que très gênée.

Le 15. — Le pouls devint frénétique, la température s'éleva jusqu'à 105° et la malade expira environ à minuit.

L'autopsie fut faite quarante heures après la mort par le Dr Hebb. La substance du cerveau était d'une couleur pâle. La carotide gauche était élargie par un caillot noir un peu mou qui s'étendait jusqu'à ses principales branches ; le milieu du cerveau semblait plus sérieusement affecté, mais le caillot était confiné à la scissure sylvienne. (Dans cet état post-mortem, la partie inférieure de la carotide ne fut pas examinée). Toute la partie comprise à l'intérieur du cerveau était dans un état de désorganisation absolument complet ; parmi les parties molles on distinguait le corps strié gauche, l'insula de Reil, l'opercule, le quart antérieur de la circonvolution temporo-sphénoïdale interne, et la paroi du ventricule latéral.

Le corps strié était d'une couleur gris-jaune, et ne se trouvait en place que parce qu'il était retenu postérieurement par le thalamus de la couche optique. Partout ailleurs, le tissu nerveux environnant était par détritüs. La désorganisation

qu'on remarquait affectait entièrement toute la corne antérieure ainsi que la paroi du ventricule jusqu'au sommet du thalamus de la couche optique. Le thalamus de la couche optique était un peu plus mou qu'il ne l'est dans son état normal et était affecté simplement dans sa partie extérieure. Tout le reste du cerveau, le pont du cervelet ou pont de Varole, la moelle n'avaient rien qui fut à noter comme étant digne de remarque. Il faut dire cependant que les vaisseaux furent trouvés plus larges qu'à l'ordinaire. Quant aux vaisseaux de la pie-mère, à l'œil nu, ils semblaient n'avoir rien d'extraordinaire et être, au contraire, normaux.

La plèvre était unie et lisse. Les bases des deux poumons étaient très friables. Vers le centre du lobe inférieur gauche se trouvait une sorte de tumeur d'une couleur jaune clair et qui était de la dimension d'une grosse noisette; elle avait quelque peu l'apparence et la consistance d'une hépatisation grise. L'artériole pulmonaire qui la soutenait était gênée par un caillot noir et de consistance molle. A tous ces symptômes, on reconnut qu'il y avait eu une bronchite généralisée. Le cœur ainsi que le péritoine étaient dans un état normal. Les ganglions du mésentère étaient grands, larges et de consistance molle et souillés de sang. La rate était large, épaisse et turgescente : le parenchyme était très doux et de couleur presque noire. Dans l'iléon, on trouva une ulcération typhique étendue, mais elle était à peu près cicatrisée et guérie, sauf cependant deux larges et récents ulcères; on notait aussi quelques ulcères récents et très petits dans le côlon ascendant.

Observation V

CAYLEY D. 78.

(*Medical Times and Gazet.* London, 1878. t. I., p. 305)

Cases of hemiplegia as a sequel of typhoid fever

Quelques cas d'hémiplégie comme complication de la fièvre typhoïde.

W. H..., âgé de onze ans, entra à l'hôpital des enfants de North-Eastern avec la protection du docteur Cayley, le 4 décembre 1877. Là on constata que cet enfant était malade depuis une semaine environ et l'on s'aperçut, trois jours après son entrée, que la principale douleur dont il souffrait était localisée dans tout l'abdomen.

Dès son admission à l'hôpital, l'enfant, en effet, qui paraissait très développé pour son âge, se plaignit d'une grande douleur localisée aux hypochondres, douleur très aiguë et que la position rendait encore plus grande. Il se couche alors sur le dos. Sa respiration était courte et saccadée et toute pression de cause extérieure lui était douloureuse ; il paraissait amaigri, la face était comme bouffie, la langue était chargée d'un enduit saburral, mais rouge framboisé sur les bords et à la pointe, les bruits du cœur étaient normaux et l'auscultation ne révéla absolument rien de particulier. Il n'y avait pas la moindre trace d'éruption. La masse intestinale, douloureuse, paraissait fixée dans sa position, les urines étaient troubles et chargées de phosphates, mais il n'y avait pas de traces d'albumine, le pouls était à 100 ; la respiration de 24, et la température s'élevait à 104° F.

Le traitement consista à lui administrer une moitié de grain d'opium toutes les quatre heures. Le soir la température s'élevait à 105°, l'opium fut continué quatre jours ; à ce

moment les signes de péritonite s'étaient notablement amendés, mais la température était toujours très haute oscillant toujours entre 102 et 104°. La langue devenait sèche et fendillée ; il y avait du délire nocturne et beaucoup de prostration. Les intestins s'étaient beaucoup relâchés, et donnaient de légères selles ou jaunes. Le 9 décembre apparurent sur l'abdomen des taches rosées lenticulaires ; à ces signes vinrent alors s'ajouter des complications du côté de l'appareil pulmonaire droit et l'enfant passa alors dans une des périodes critiques de la fièvre typhoïde.

Le cas fut alors traité par des bains froids. La quinine et le salicylate de soude furent administrés chaque jour à la dose de cinq grains. Néanmoins, la température monta assez rapidement à 103 degrés ; en même temps, on donnait au petit malade six onces de vin par jour. Ce n'est cependant que vers le milieu du mois qu'une amélioration notable commença à se montrer.

17 décembre. — L'enfant se trouva un peu mieux ; la langue devint un peu plus humide ; la température maximum était de 100 degrés. Le mieux continua, les taches rosées disparurent peu à peu et la température du matin tomba presque à la normale, mais continuait cependant le soir à osciller entre 100 et 101 degrés. Après le 22 du même mois, elle descendit un peu même au-dessous de la normale le soir ; la diarrhée cessa tout à fait et les selles commencèrent à prendre un peu plus de consistance. Il ne lui fut cependant pas encore permis de prendre autre chose que du lait, des œufs et du thé, et ce n'est que le 29 du même mois que l'on lui donna un peu de gâteau de semoule. Il fut encore malgré tout gardé au lit. Le 29 décembre, la température s'éleva dans la soirée à 102 degrés, et le soir suivant à 103°5. Le 30 décembre, il eut une selle solide ; on lui donna dix grains de quinine et le soir un bain froid lui fut donné. Le 31 décembre,

la température après le bain fut de 97 F degrés, puis s'éleva progressivement, d'abord à 98 F degrés, puis enfin à 101°2 F.

L'enfant se plaignait d'une douleur constante dans la région inguinale gauche ; les selles, ce jour-là, furent nulles ; la température continua à rester élevée, puis enfin tomba peu à peu au-dessous de la normale. Le 3 janvier, on s'aperçut qu'une transpiration très active s'était produite ; il dormit cependant bien et ne paraissait se ressentir ni de sa fièvre, ni de la douleur qu'il éprouvait ; le soir de ce même jour, le petit malade devint encore fiévreux, la température s'éleva à 103 degrés ; sa figure devint bouffie et cependant il ne se plaignait d'aucune douleur. Le pouls était à 120 degrés. Un autre bain lui fut administré, à la suite duquel la température tomba à 97 degrés ; trois heures après, elle s'élevait de nouveau à 101°2. Le matin suivant, c'est-à-dire le 4 janvier, l'enfant prétendit se trouver beaucoup mieux. Le pouls était de 97 degrés, la température de 98 degrés. C'est à ce moment cependant que l'on commença à s'apercevoir que le bras droit était paralysé en partie. Cette paralysie s'étendit rapidement et devint bientôt plus complète. Le jour suivant, il y avait paralysie complète du bras droit et de la jambe du même côté ; les traits de la figure étaient tirés ; les membres paralysés présentaient un peu d'hyperesthésie. La parole n'était nullement troublée ; le pouls donnait 78 pulsations et la température se maintenait à 97 degrés.

6 janvier. — Parésie moins complète, température oscillant entre 98 et 99 degrés.

Le 7. — L'enfant passa une bonne nuit ; il continua à recouvrer ses membres paralysés, le pouls s'éleva à 84 ; la température restait voisine de 97°. Le 8 janvier, il continua à aller mieux, l'appétit devint un peu plus fort, et les nuits furent meilleures. A partir de ce moment, l'enfant alla mieux

de jour en jour, et à la fin de février, il fut envoyé dans une maison de convalescence.

Il était alors capable de marcher à peu près bien, mais il traînait encore un peu la jambe droite et il avait aussi conserver une faiblesse considérable dans son bras droit ainsi que dans sa main. L'auscultation montra que les bruits du cœur étaient toujours normaux, et dans la suite il n'eut jamais aucune raideur ni aucune difficulté à faire mouvoir les muscles du côté affecté. L'examen des urines ne put déceler aussi, aucune trace d'albumine.

CONCLUSIONS

Voici, résumées, les conclusions que nous croyons pouvoir tirer de notre travail :

1° L'hémiplégie est une complication rare de la fièvre typhoïde ; elle peut être accompagnée d'aphasie et d'hémianesthésie.

2° L'aphasie est plus fréquente surtout chez les enfants, elle n'a qu'une durée passagère. Au contraire chez les adultes elle présente une durée prolongée.

3° Le pronostic d'hémiplégie typhique n'est pas grave. Sur les 16 cas observés par Osler, il y avait 2 cas de mort et ces 2 cas étaient dus à une thrombose.

4° L'hémiplégie par thrombose est d'un pronostic grave et souvent accompagnée d'aphasie.

5° L'hémiplégie est souvent d'origine centrale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ADENOT. — Méningites typhiques Thèse de Lyon, 1889).
BAILLY. — Thèse de Paris, 1872.
BAUDRY. — Paralysies typhiques (Thèse de Paris, 1895).
BULMER. — Exhibition of a case hemiplegia with moter aphasia in a
patient convalescing from typhoid fever.
BULL JHONS HOPKINS. — Hos Bolt, 1896, VII, 72-74.
CAYLEY. — Cases of hemiplegia as à sequel of typhoid fever.
Med Times, Gaz. London, 1878, I, 305.
DONKIN. — Enterit fever right hemiplegia with aphasia relapse. Death.
Lancet, London, 1892, I, 912.
GOUBEYER. — Gaz. méd. de Paris, 1863.
GRASSET. — Système nerveux.
GUBLER. — Arch. gén. de méd., 1860.
LANDOUZY. — Thèse d'agrégation. Paris, 1880.
LEVELLAIN. — Méningite typhique (thèse de Paris, 1895).
LEUDET. — Gaz. méd. de Paris 1861.
OSLER. — Hemiplegia in typhoid fever (J. New. T. Ment. Dis, New-
York, 1896, XXIII, 295-304).
PAULIN. — Thèse de Paris, 1879.
ROBERT. — Thèse de Paris, 1862.
SCHNEIDER. — Thèse de Paris, 1877.
-

Vu et approuvé :
Montpellier, le 26 février 1900.
Le Doyen,
L. VIALLETON.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 27 février 1900.
Le Recteur,
A. BENOIST.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !

